



## Заявление Пациента

Прошу заключить со мной договор оказания медицинских услуг.

### Данные Пациента:

ФИО: \_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_ Контактный телефон: \_\_\_\_

### **Информация для оформления листов нетрудоспособности:**

**Работодатель (полное название):** \_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_ ИНН: \_\_\_\_

### Данные Заказчика (законного представителя):

ФИО: \_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_ Контактный телефон: \_\_\_\_

### **Информация для оформления листов нетрудоспособности по уходу:**

**Работодатель (полное название):** \_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_ ИНН: \_\_\_\_

Разрешаете ли Вы раскрытие Пациенту информации о стоимости медицинских услуг:  Да  Нет

**Подпись Заказчика (законного представителя):** \_\_\_\_\_

## 1. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_ зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_ в лице законного представителя \_\_\_\_ зарегистрированного по адресу \_\_\_\_ в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) Обществу с ограниченной ответственностью «Единые Медицинские Системы», располагающемуся по адресу: 196070, Санкт-Петербург, улица Победы, дом 17, литера А, помещение 1-Н (далее – Оператор).

Целями обработки персональных данных являются: оказание медицинских услуг, в том числе по программам ДМС; проведение обследований, инвазивных процедур, прием анализов; проведение профессиональных осмотров; уведомление пациентов об услугах, напоминание о записи на прием, рассылка результатов анализов, иное информирование; проведение клинических и неинтервенционных исследований.

Перечень персональных данных, которые передаются Оператору на обработку: фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес; номер телефона; пол; email; реквизиты документа, удостоверяющего личность; место работы; занимаемая должность; уровень образования; СНИЛС; серия и номер страхового полиса ДМС, наименование страховой компании, выдавшей полис, сведения о состоянии здоровья, биометрические персональные данные, иные сведения, предоставленные мной в настоящем Заявлении.

Я даю согласие на совершение действий, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации (включая информационные системы персональных данных, защищенные в соответствии с требованиями ФСТЭК и ФСБ России), так и без использования таковых (в виде бумажных документов), в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Я даю согласие на передачу (предоставление, доступ) персональных данных, а также сведений, составляющих врачебную тайну третьим лицам (медицинские центры, лаборатории, с которыми у Оператора заключены договоры, страховые компании, благотворительные организации, в случае оплаты ими медицинских услуг). С перечнем таких третьих лиц, а также с Политикой Оператора в отношении обработки персональных данных, опубликованных на сайте <http://www.emcclinic.ru/usloviya-obrabotki-personalnyh-dannyh>, я ознакомлен и согласен.

Я согласен получать информационные сообщения (напоминания о записи на прием, информацию о специальных предложениях, акциях и программах) от Оператора следующими способами:

e-mail:  Да  Нет

sms-сообщение:  Да  Нет

сообщения на мессенджеры (viber, telegram, прочие):  Да  Нет

сервис «Личный кабинет» на сайте Оператора:  Да  Нет

Я даю согласие на получение и использование моего изображения для целей идентификации в Клинике:  
 Да  Нет

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления Оператору не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

ТекущаяДата \_\_\_\_\_

подпись

ФИО полностью

## 2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДОСТУПА К ПЕРСОНАЛЬНЫМ ДАННЫМ ПАЦИЕНТА И СВЕДЕНИЯМ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ЕГО ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

2.1. Уполномочить третье лицо выступить моим доверенным представителем в Клинике:  Да  Нет

Пациент вправе уполномочить любое лицо получать в Клинике конфиденциальную информацию о себе, в том числе персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну (далее – Информация). Информация может быть предоставлена доверенному представителю при условии предоставления им документа, удостоверяющего личность.

Пациент обязан уведомить доверенного представителя о необходимости передачи его персональных данных Клинике. Клиника прекращает обработку персональных данных доверенного представителя на основании его обращения.

**Доверенный представитель (заполняется при желании Пациента назначить представителя):**

\_\_\_\_\_

Сведения о Представителе: Ф.И.О. полностью, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, контактный телефон (при наличии).

**Подпись Пациента (законного представителя):** \_\_\_\_\_

2.2. Предоставлять Информацию дистанционно при указании кодового слова:  Да  Нет

Пациент вправе дать согласие на предоставление Клиникой Информации любому лицу при условии соблюдения всех следующих требований:

- 1) указанное лицо сообщит точные следующие данные Пациента: фамилию, имя, отчество, дату рождения;
- 2) указанное лицо сообщит следующее кодовое слово (цифру, сочетание слов, цифр): \_\_\_\_\_

Указанное лицо считается уполномоченным Пациентом на получение Информации. Информация может быть предоставлена также посредством использования любых видов связи, в том числе, но не исключительно, телефонной и электронной связи.

Я осведомлен(а), что несу личную ответственность за сохранность кодового слова.

**Подпись Пациента (законного представителя):** \_\_\_\_\_

2.3. Направлять Информацию по электронной почте:  Да  Нет

Пациент вправе дать согласие на направление результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в Клинике на указанный Пациентом адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Я осведомлен(а), что сведения будут направляться через публичную сеть Интернет и могут поступать на незащищенные электронные адреса, в связи с чем Клиника не несет ответственность за несанкционированный доступ третьих лиц к Информации после ее отправки.

**Подпись Пациента (законного представителя):** \_\_\_\_\_

## 3. УВЕДОМЛЕНИЯ

Я извещен(а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я осведомлен(а) и соглашаюсь с тем, что медицинские услуги, оказываемые мне по страховой программе медицинского страхования оплачиваются Заказчиком (Страховой компанией) в соответствии с моей страховой программой. Услуги, которые не входят в мою страховую программу и не покрываются Страховой компанией, оплачиваются мной отдельно по действующему прейскуранту Клиники.

Я предупрежден(а) и осознаю:

- что несоблюдение указаний (рекомендаций) работников Клиники, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- что в период лечения, необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных средств, информировать об обращениях в другие медицинские организации;

- что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья и качестве медицинской помощи.

Я обязуюсь информировать врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической, биологической и социальной природы, воздействующих на меня (представляемого Пациента) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я предоставляю полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен(а) и согласен(сна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

**Подпись Пациента (законного представителя):** \_\_\_\_\_